



Planification familiale pour les femmes en période post-natale : saisir une possibilité inexplorée

- *Il existe, pour les femmes en période post-natale, un besoin important de planification familiale (PF) à satisfaire.*
- *Les services de santé méconnaissent souvent les soins post-nataux, y compris la PF.*
- *Les femmes qui allaitent ont des besoins spécifiques quant au choix d'une méthode de planification familiale. Toutefois, dans les circonstances idoines, toutes les méthodes de contraception moderne peuvent être utilisées.*
- *Les objectifs d'un programme de PF post-natale consistent à réduire les besoins non satisfaits, améliorer le choix contraceptif, promouvoir la santé optimale de la mère et de l'enfant par l'allaitement, encourager l'espacement des naissances de cinq ans au lieu de trois et intégrer la PF dans d'autres services de santé maternels et néonataux.*
- *La contraception est la principale méthode permettant de réduire la transmission du VIH de la mère à son enfant.*

La période post-natale : les six premières semaines qui suivent la naissance d'un enfant sont considérées être la période post-natale. A la suite de ces six semaines, le corps la femme retrouve en grande partie son état physique antérieur à sa grossesse. Il convient toutefois que les programmes de planification familiale prennent pour point de mire « la période post-natale prolongée », c'est-à-dire les six premiers mois qui suivent la naissance. En six mois, la fécondité est susceptible de revenir alors même que l'enfant est exclusivement allaité par sa mère.

La contraception post-natale est essentielle pour les femmes: selon les données d'études démographiques et sanitaires, très peu de femmes (3 à 8 %) souhaitent un autre enfant dans les deux ans qui suivent une naissance et en première année post-natale, 40 % des femmes ont l'intention d'utiliser une méthode de PF, mais cette intention n'aboutit pas. Pour les femmes qui ne souhaitent pas être enceintes, le recours à la PF par les femmes permet de :

- réduire le nombre de grossesses non souhaitées et de décès éventuels en résultant,
- éviter les grossesses aux âges extrêmes de procréation auxquels le risque de mortalité maternelle et infantile est le plus élevé,
- permettre aux femmes d'espacer de cinq ans les naissances au lieu de trois ans, pour optimiser ainsi l'avenir de santé et la survie des femmes et des enfants, et des femmes séropositives,
- diminuer le nombre de cas de transmissions du VIH-SIDA de la mère à son enfant.

Combinaison appropriée de méthodes : la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (MAMA) est une méthode contraceptive de premier degré (bien qu'à court terme uniquement) pour les femmes en période post-natale. Si une femme qui allaite totalement ou partiellement son enfant n'a pas de nouveau ses règles et que la naissance date de moins de six mois, elle est protégée à 98 % d'une nouvelle grossesse. En outre de cet avantage, c'est-à-dire le différé d'une grossesse ultérieure, l'allaitement contribue également à une survie améliorée de l'enfant. Toutefois, si l'un des trois critères du recours à cette méthode change, la femme n'est plus suffisamment protégée, même si elle continue d'allaiter. L'allaitement n'exclut pas, et ne devrait pas exclure, l'adoption d'une autre méthode de contraception moderne. La transition à une autre méthode de contraception, supplémentaire, peut intervenir à tout moment à la suite de l'accouchement, que la femme allaite ou pas et qu'elle utilise la méthode MAMA ou pas. Le choix de la méthode la plus appropriée est tributaire en grande partie du choix du moment, comme l'indique le tableau suivant.

Méthodes de contraception appropriées pendant la période post-natale prolongée pour les femmes qui allaitent

Les méthodes en premier choix n'entravent pas l'allaitement et sont d'utilisation sûre après la naissance.	Les méthodes en deuxième choix contiennent des progestatifs. Ces méthodes n'ont pas d'incidence sur la lactation de la mère. Toutefois, pour éviter tout risque, il est conseillé d'attendre six semaines après l'accouchement avant d'utiliser un contraceptif progestatif, mais ce n'est pas une recommandation absolue.	Les méthodes en troisième choix sont aux œstrogènes, et ces hormones peuvent diminuer la lactation. Il conviendrait d'informer les femmes de ce risque et de leur conseiller de différer l'utilisation de ces méthodes à six mois après l'accouchement.
<ul style="list-style-type: none"> • MAMA • Préservatifs • Diaphragme • DIU (non hormonal) (cf. note) • Vasectomie • Ligature des trompes 	<ul style="list-style-type: none"> • Minipilule • Contraceptifs injectables progestatifs (par ex. : Depo-Provera®) • Implants (par ex. : Norplant®) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraceptifs oraux combinés • Contraceptifs injectables combinés • Patch contraceptif • Anneau vaginal

Note : l'insertion post-natale d'un DIU, par un prestataire formé à cet effet et expérimenté, dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, est sûre et pratique, sans risque accru d'infection, ni de perforation ou de saignement. L'inconvénient majeur de la pose post-natale d'un stérilet est un taux de rejet légèrement plus important. Les taux de rejet post-nataux des DIU sont les plus bas lorsque ces derniers sont posés dans les 10 minutes qui suivent l'expulsion du placenta, lorsqu'un DIU au cuivre est utilisé au lieu d'un DIU non médicamenté et lorsque le prestataire est compétent et expérimenté et place correctement le DIU, en profondeur (Organisation Mondiale de la Santé, 2005 n° 37, Organisation Mondiale de la Santé, 2004 n° 38, Grimes et al., 2004 n° 9).

Problèmes de mise en œuvre : la recherche a recensé les avantages d'une démarche intégrée de la prestation de services. Lorsque les services de PF sont intégrés dans les services post-nataux, les taux d'acceptation sont élevés. À Santiago du Chili, où les agents de santé communautaires ont appuyé les initiatives cliniques par des visites à domicile et des séances de groupe, un pourcentage élevé de femmes a choisi d'utiliser des contraceptifs modernes en période post-natale, avec des taux de continuité d'utilisation de 96 à 100 % à l'issue d'un an¹. Au Honduras, lorsque le personnel hospitalier a été formé, équipé, doté en matériel et a commencé à fournir des consultations et des services de PF aux femmes en période post-natale avant que celles-ci ne quittent l'hôpital, le pourcentage de femmes informées sur les méthodes de contraception pendant leur séjour post-natal à l'hôpital est passé de 43 à 87 %. Le pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive durant leur séjour à l'hôpital est passé de 10 à 33 %.² Dans le même ordre d'idées, en Russie, lorsque les sages-femmes ont commencé à proposer des services de PF post-natale avant la sortie de l'hôpital, l'acceptation des méthodes modernes de contraception est passée de 0 à 66 %³. Lorsque la PF et les autres services sont reliés, les niveaux d'utilisation des contraceptifs augmentent également⁴. Selon une étude réalisée au Togo, l'information des mères sur les services de PF, lorsque celles-ci viennent faire vacciner leurs enfants, aurait entraîné une amélioration de 40 à 58 % des connaissances sur les services de PF, et une augmentation de 54% par mois du nombre de nouvelles clientes de la PF⁵.

Références :

1. Alvarado R, Zepeda A, Rivero S et al. Integrated maternal and infant health care in postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 30(2) : 131-41, 1999.
2. Medina R, Vernon R, Mendoza I et al. *Expansion of Postpartum / Postabortion Contraception in Honduras*. Washington DC : Conseil démographique, 2001.
3. Stephenson P, Donnay F, Frolova O et al. *Improving Women's Health in the Russian Federation: Results of a Pilot Project*. Washington DC : document technique de la Banque mondiale n° 404, 1998.
4. Foreit JR. Reaching more users: More methods, more outlets, more promotion. Chez : Seidman M and Horn MC, éditeurs. *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*. New York : Wiley-Liss, 1991.
5. Huntington D, Aplogan A. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning* 25(3) : 176-183, 1994.

Pour plus de renseignements : www.maqweb.org

Dernière révision : 20/05/05. Réalisé en association avec The Maximizing Access and Quality Initiative
Conçu et réalisé par : The INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs

